

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par
TETART-VALLI Simone
Née le 30 Avril 1927 à AJACCIO

CANCER DE L'OVAIRE
ET EPANCHEMENTS NON METASTATIQUES DES SEREUSES

Président : Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Editions A.G.E.M.P.

Nom du candidat : TETART-VALLI

Prénoms : Simone

N°

Date de la soutenance :

1

TETART-VALLI Simone,
Cancer de l'ovaire et
épanchements non mé-
tastatiques des séreuses
Thèse Med. Paris 1955
N°
Dact. in-4° - 26 p.
Ed. AGEMP, 1955

2

TETART-VALLI Simone,
Cancer de l'ovaire et
épanchements non mé-
tastatiques des séreuses
Thèse Med. Paris 1955
N°
Dact. in-4° - 26 p.
Ed. AGEMP. 1955

3

TETART-VALLI Simone,
Cancer de l'ovaire et
épanchements non mé-
tastatiques des séreuses
Thèse Méd. Paris 1955
N°
Dact. in-5° - 26 p.
Ed. AGEMP, 1955

4

TETART-VALLI Simone,
Cancer de l'ovaire et
épanchements non mé-
tastatiques des séreuses
Thèse Méd. Paris 1955
N°
Dact. in-4° - 26 p.
Ed. AGEMP 1955

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par
TETART-VALLI Simone
Née le 30 Avril 1927 à AJACCIO

CANCER DE L'OVAIRE
ET EPANCHEMENTS NON METASTATIQUES DES SEREUSES

Président : Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Editions A.G.E.M.P.



D O Y E N H O N O R A I R E

M. BAUDOUIN

P R O F E S S E U R S H O N O R A I R E S

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CALENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU
CHIRAY, CIERC, DELBLT, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER,
LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, IHERMITTE, LIAN, LOEPER,
MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MUION, OLIVIER, (E.), OMBREDANNE,
SANNIE, SEZARY, TANON.

D O Y E N Léon BINET
(membre e l'Institut)

A S S E S S E U R Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

ANATOMIE.....	CORDIER G.
Anathomie pathologique.....	DELARUE A.
Bactériologie... ..	GASTINEL P.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports.....	CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale	VERNE J.
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN R.
Carcinologie	OEBRLING C.
Chimie médicale	POIONOVSKI M.
Cliniques	(Hôtel-Dieu BROCK
Chirurgicales	(Broussais DE GAUDART D'ALLAI-
	(SALPETRIERE MONDOR H. (NES
	(COCHIN QUENU
Clinique Chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERIE D'AUBIGNE
Clinique de cardiologie	DONZELOT E.

Clinique de Chirurgie infantile et Ortopédie.	FEVRE M.
Clinique de Chirurgie Pleuro-pulmonaire.....	MONOD R.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT DUTAILLIS D.
Clinique de Puériculture	LELONG M.
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques	DEGOS R.
Clinique des Maladies du Sang	CHEVAILLIER P.
Clinique des Maladies du Système Nerveux ...	ALAJOUANINE T.
Clinique des Maladies d'Enfant	DEBRE R.
Clinique des Maladies Infectieuses	MOLLARET P.
Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale .	DELAY J.
Clinique du Diabète sucré et des Maladies de la nutrition	BOULIN R.
Clinique Gynécologique	FUNCK BRENTANO P.
(Hôtel(Dieu	BENARD H.
Cliniques Médicales...(Bichat	LAROCHE G.
(Cochin	MOREAU R.
(Broussais	DE GENNES L.
Clinique Médicale d'Hydro-climatologie Thérapeutique	JUSTIN-BESANCON L.
Clinique Médicale Propédeutique	PASTEUR VALIERY RADOT L.
(Tarnier	LANTUEJOUL P.
Cliniques Obstétricales Baudeloque	LEVY SOLAL E.
(PORT-Royal	LACOMME M.
Clinique Ophtalmologique	VELTER E.
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	AUBIN A.
Clinique Physio-Pathologique des Problèmes Alimentaires (Chaire à titre personnel) ...	RICHET C.
Clinique Psychiatrique Infantile.....	HEUYER C.
Clinique Rhumatologique et sociale	COSTE F.
Clinique Stomatologique	DECHAUME M.
Clinique Thérapeutique Chirurgicale	SENEQUE J.
Clinique Thérapeutique Médicale	LEMAIRE A.
Clinique Urologique	FEY B.
Embryologie	GIROUD A.
Génétique	LAMY M.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie ..	MOUQUIN M.
Histologie	CHAMPY C.
Hygiène et Clinique de la Première Enfance ..	CATHALA J.
Hygiène et Médecine Préventive.....	JOANNON C.
Médecine du Travail	DESOILLIE H.
Médecine Légale	PLEDELEVRE R.
Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale.	GALLIARD H.
Pathologie Chirurgicale	N.....
Pathologie Exotique	LAVIER G.
Pathologie Expérimentale et Comparée	LENEGRE
Pathologie Médicale	BARILTY M.
Pathologie et Thérapeutique Générales	N.....
Pharmacologie et Matière Médicale	HAZARD R.
Physico-chimie Médicale (chaire à titre personnel)..	DOGNON A.

Physiologie	BINET L.
Physique Médicale	STROHL A.
Radiologie Médicale	LESGREZ H.
Technique Chirurgicale	MOULONQUET P.
Thérapeutique	TURPIN R.

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES & AGREGES

	MM.
Anatomie	DEBEYRE J. DEIMAS A.
	(N.....
	(GAUTHIER VILLARS
Anatomie Pathologique	(Mlle P.) Pr. s. ch.
	(BUSSET F.
	(GOUYGOU C.
Bactériologie	(FASQUELLE R.
	(NEVOT A.
Biologie Médicale	BOURLIERE
	(ETTORI J. Pr. s. ch.
Chimie Médicale	(JAYLE M.F.) Pr.s.ch.
	(SchAPIRA
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT
	(COUJARD R.
Histologie	(BULLIARD H(s. ch)
	(N.....
Hydrologie	DEBRAY C.
Hygiène	(BOYER J.
	(DEPARIS M.
	(DEROBERT L.
Médecine Légale du Travail	(GAULTIER M.
	(HADENGUE A.
Neurochirurgie	DAVID M.

Neurologie	SEZE (S. de)
	(GRASSET J.
	(LEPAGE F.
	(MAYER M.
Obstétrique.....	(MERGER R.
	(MORIN P.
	(RAVINA J.
	(VANRANGOT J.
Ophtalmologie	(OFFRET G.
	(DESVIGNES P.
Orthopédie	JUDET R.
	(HALPHEN E(s. ch)
Oto-Rhino-Laryngologie	(AUBRY M.
	(MADURO R.
Parasitologie	(BRUMPT I.
	(CHABAUD A.
	(ABOULKER P.
Pathologie Chirurgicale.....	(BAUMANN J.
	(GOSSET J.
	(HUGUIER J.
	(LAURENCE G.
	(LEGER L.
	(LORTAT JACOB J.
Pathologie Chirurgicale	(OLIVIER CL.
	(PADADOVANI P.
	(POILLIEUX M.
	(ROUX M.
	(RUDLER J.C.
	(VERNE J-M.
Pathologie Expérimentale.....	MERKLEN P.
	(JOSEPH R.
Pédiatrie	(LAPLANE R.
	(MARIE J.
	(BERNARD J.
	(BOUDIN G.
	(CASTAIGNE P.
	(CONTE M.
	(DECOURT J.
	(DOMART A.
	(DREYFUS Gilbert
Pathologie Médicale.....	(FAUVERT F.
	(HAMBURGER J.
	(KOURISKY R.
	(LAMOTTE M.
	(LAROCHE C.

(MILLIEZ P.
(PEQUIGNOT H.
(PERRAULT M.
(RAMBERT P.
(THIEFFRY St
(TURIAT J.

Pharmacologie(-LEVY(Melle J.)
(Pr. s. ch.-
(-CHEYMOL JH.
(Pr. s; ch.-

Physiologie(-BARGETON D.
(Pr. s. ch.-
(PARROT J.I.

Physique Médicale(-DJOURNO A.
(Pr. s. ch.-
(GOUGLROT L.

Pneumo-Phtisiologie(KREIS B.

Psychiatrie BARUK H.

Psychiatrie Infantile MICHAUX L.

Stomatologie(CERNEA P.
(CHAPUT(Mme A;)

Thérapeutique PERRAULT

chargé de l'enseignement

Urologie KUSS R.

A Dominique et à Marie-Christine.

A la mémoire de mon Père

A ma Mère

A mon mari

A mes tantes et à toute ma famille

A mes amis

A Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique obstétricale,
Membre de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

A Monsieur le Professeur A. AMELINE

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

qui m'a proposé le sujet de

cette thèse,

m'a aidée et conseillée,

En témoignage de ma respectueuse

affection et de ma profonde

gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. DEBEYRE

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma grande
reconnaissance.

A propos de deux malades opérées dans le service du Professeur A. AMELINE, il nous a paru intéressant de rapprocher quelques autres cas récemment publiés de tumeurs malignes de l'ovaire s'accompagnant d'épanchements pleuraux et péritonéaux.

Mais nous voudrions auparavant relater brièvement les travaux qui, avant la publication de Meigs en 1934, ont mis en évidence des tumeurs ovariennes s'accompagnant d'ascite et d'hydrothorax.

Nous ne pourrions mentionner ici les différentes publications qui se sont multipliées dans la littérature mondiale après que se soit répandue la connaissance du syndrome de Damons-Meigs. Nous montrerons que l'anatomie et l'histologie des tumeurs pelviennes s'accompagnant d'épanchements des séreuses sont très diverses en les classant sommairement.

Nous aborderons ensuite les observations concernant des cancers de l'ovaire et nous essaierons de tirer quelques conclusions ou tout au moins d'esquisser les problèmes thérapeutiques qu'elles nous semblent poser.

En effet, l'exérèse totale de ces tumeurs, en faisant régresser immédiatement des épanchements non métastatiques jusque là intarissables, transforment le tableau clinique et permettent au moins aux malades de tenter la chance que leur laisse le pronostic de leur tumeur.

Cullinworth en 1879 paraît relater la première observation de tumeur de l'ovaire avec épanchement des sérauses. Sa malade âgée de 36 ans présentait 2 tumeurs pelviennes avec ascite et épanchements pleuraux bilatéraux. Elle meurt de cachexie et à l'autopsie on trouve un fibrome de chaque ovaire.

Lawson-Tait en 1892 donne une description symptomatique d'un fibrome de l'ovaire associé à un épanchement pleural.

Nous devons à Demons de nombreuses publications de 1900 à 1903. Au Congrès de Chirurgie de 1902, il décrit des fibromes de l'ovaire accompagnés d'ascite, d'oedème des membres inférieurs, d'épanchements pleuraux, d'amaigrissement.

Il guérit 3 cas par ablation de la tumeur.

A l'étranger :

Kelly et Kullen en 1909

Caro en 1914

Hoon en 1923 qui rapporte deux cas

Leo en 1926

Wang en 1928

publient des observations analogues.

En France :

Hallavardin et Crosnier relatent l'observation d'une malade présentant une pleurésie qui disparaît après l'ablation de deux tumeurs ovariennes. Quarante jours après l'intervention, les champs pulmonaires sont normaux, le liquide a disparu, mais le malade meurt 2 mois plus tard. L'analyse histologique des tumeurs ne paraît pas avoir été faite mais on peut penser qu'elles étaient malignes et que la malade est morte de son cancer.

Langeron en 1930 guérit par ablation d'un kyste de l'ovaire une malade qui présentait une pleurésie in-
tarissable.

En 1934, Meigs relate 3 cas de fibrome de l'ovaire s'accompagnant d'ascite et d'hydrothorax.

En 1935, il publie une 4ème observation.

Puis en 1937, en collaboration avec Lass, il ajoute 3 nouvelles observations.

En 1940 le nombre des cas colligés par Meigs atteignait 17 et l'ensemble clinique décrit par lui, reçut de Rhoads et Terrel le nom de "Syndrome de Meigs".

Depuis, les publications de ce syndrome mieux connu sont très nombreuses. En 1945, Contrucci, Rahausen et Yunge en dénombrèrent 35.

Nous signalerons seulement l'observation de Léger en 1947 concernant un fibrome de l'ovaire avec hydrothorax et ascite et en 1949 et 1950 les publications de P.Funck-Brentano étendant le syndrome aux tumeurs bénignes de l'ovaire autres que le fibrome et s'accompagnant d'ascite et d'épanchements pleuraux, mais le limitant d'autre part à ces tumeurs bénignes.

Si les premières observations publiées comportaient presque toutes des fibromes de l'ovaire comme d'ailleurs les sept premiers cas publiés par Meigs, d'autres tumeurs ovariennes et même des fibromes de l'utérus peuvent s'accompagner de pareils épanchements.

Les goîtres ovariens

semblent après les fibromes la tumeur ovarienne la plus fréquemment retrouvée. En font état :

Roy H. Baskin

Reynaud en 1949

Noiroud et Pieri de Marseille en 1949

Cachera et Darnis en 1948

Calmerson, Naravin et Dockerty, parmi les 9 cas de syndrome de Meigs retrouvés parmi 20.000 tumeurs pelviennes opérées à la Clinique Mayo de 1910 à 1950 trouvent un kératome constitué de tissu thyroïdien associé à un kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Des tumeurs de la Thèque et de la Granulosa

sont à la base du syndrome dans les observations

de : - Vogt en 1940

Traut et Marchetti en 1940

Perlmutter, Mendel, Tyrone en 1944

Calmerson, Moirin, Martinetti

Rubin en 1945

Frankerthal en 1947

Botellia, Susia et Bedoya en 1947

enfin Flabeau-Hartmann et Ferbos, une

observation de folliculome polykystique ayant entraîné une ascite et un hydrothorax qui, contrairement aux observations

antérieures où ils étaient constitués
de liquide citrin sont ici hémorragiques.

Les kystes de l'ovaire

peuvent également engendrer des épanchements
et la première observation mentionnée,
celle de Cullingworth concernait un fi-
brome bilatéral avec dégénérescence kystique.
Calmerson, Marwin et Dockerty en trouvent
également un cas.

L'observation de Gallaverdin et Crosnier
en 1923 concernait également un kyste proba-
blement dégénéré.

Publient également des cas de kystes ovariens
avec épanchement : Langeron en 1930 et en-
fin Desmot d'Ajaccio en 1950 qui a observé
un kyste hématique avec épanchement hémor-
ragique.

Des cystadénomes

s'accompagnant d'épanchements pleuraux et périto-
néaux sont observés par :

Mac Fee en 1941

Millet et Shell

Wooldrige et Hagelmann en 1948

Buerger en 1948

Une tumeur de Brenner

est vue par Kelermern.

Enfin, nous avons pu relever quelques cas de
tumeurs de l'utérus s'accompagnant d'hydrothorax et
d'ascite ainsi :

les 2 observations de Kelly et Kullen en 1909 concernant
un fibrome, celle de Salmon en 1934 au sujet d'une tu-
meur fibreuse, et dans les cas de la clinique Mayo revus
par Calmerson, Marwin et Dockerty, les auteurs relèvent
2 fibromes de l'utérus qu'ils intègrent au syndrome de
Meigs.

Très récemment en 1954, enfin, Langeron de Lille rapportait un cas de fibromes multiples de l'utérus s'accompagnant d'ascite et d'hydrothorax disparaissant après ablation des fibromes.

Enfin, nous ont paru particulièrement intéressantes les tumeurs malignes de l'ovaire s'accompagnant d'épanchement pleural et péritonéal ne résultant pas de métastase.

Les cas que nous allons maintenant étudier se caractérisent tous soit par la survie de la malade après l'intervention suivie d'un assèchement des cavités, soit d'une vérification anatomique de l'absence de métastases parenchymateuses ayant pu donner lieu à des épanchements.

La première observation publiée à ce sujet et dont le diagnostic histologique est certain (on sait que pour celle de Gallavardin et Crosnier il n'avait pas été fait) concerne un cystadénome papillaire vu par Schenk et Eis en 1939.

Anderson en 1944 fait état d'un cystadénome malin.

Towensend opère en 1945 une malade qui présentait un cystadénocarcinome de l'ovaire et trois ans après l'intervention la malade était en parfait état.

Font également état de cystoadénocarcinome de l'ovaire : Volpi en 1947

Sordi et Guixa en 1949

Delord en 1950,

Drouet et ses collaborateurs la même année publient chacun une observation d'épithélioma kystique.

Dick en 1950 rapporte l'observation d'une tumeur de Krukenberg s'accompagnant d'épanchements non métastatiques.

Alurfelt en 1951 publie l'observation d'un corénome cystique et Trazad en 1951 également, celle d'un épithélioma papillaire kystique.

Les tumeurs de la thèque et de la granulosa rapportées par :

Calmerson et ses collaborateurs.

Vogt,

Traut et Marchetti,

Botellia, Ausia et Bedoya que nous avons précédemment cités, sont évidemment à la limite des tumeurs bénignes et malignes de l'ovaire avec une tumeur de la granulose.

Quelques observations de cancer de l'ovaire avec épanchement des séreuses nous ont paru dignes d'être rapportées.

STANLEY WAY relate en 1948 le cas d'une malade qu'il vit pour la première fois en 1941.

Il s'agit d'une femme de 65 ans ménopausée depuis quelques mois seulement et qui présente une importante ascite faisant porter le diagnostic de tumeur maligne. 17 paracentèses sont effectuées de 1941 à 1943 et la malade s'affaiblit et maigrit.

On découvre en 1943 une tumeur solide de la moitié droite de l'abdomen.

Un hydrothorax apparaît la même année plus important à droite qu'à gauche.

Entre temps, se manifeste un prolapsus utérin.

Le diagnostic de syndrome de Meigs est posé et une laparotomie pratiquée en Avril 1953 :

2 tumeurs sont accolées à droite

Une est kystique, avec des végétations,

l'autre est solide, extrapéritonéale, irriguée par une grosse artère du ligament rond.

Les deux tumeurs sont facilement extirpées.

Deux semaines après, l'épanchement pleural a disparu.

Si à l'examen histologique de la tumeur solide, on trouve un stroma fibreux infiltré d'adéno-carcinome, pas d'irrégularités nucléaires ou mitotiques, mais infiltration nette des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

On ne trouve pas de tumeur primitive et on conclut

que si c'est un cancer, il provient d'un fibrome primitif. Le prolapsus est réparé en Octobre 1943 et après l'opération l'état général de la malade est satisfaisant.

En 1948, TREED et PENDERGRASS étudient les comptes-rendus de 87 cas de corcinome de l'ovaire traités à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie.

Sur huit malades ayant présenté un hydrothorax, on ne put mettre en évidence qu'une seule fois une métastase pleurale ou pulmonaire et chez 2 malades, l'épanchement disparaît après l'intervention. On notera que sur 6 hydrothorax unilatéraux, 5 étaient à droite.

BERESFORD ET AIDIN en 1950 rapportent le cas d'une malade entrée à l'hôpital en 1948, âgée de 77 ans, pour une ascite progressivement croissante.

A l'examen on découvre un épanchement pleural droit. Les ponctions se multiplient, les épanchements augmentent, l'hydrothorax se bilatéralise et la malade meurt un an après.

A l'autopsie, on découvre :

- un petit fibrome du fond de l'utérus
- une grosse tumeur kystique de l'ovaire gauche à laquelle est accolée une tumeur plus petite reconnue histologiquement comme un adéno-carcinome papillaire dégénérant par place.

On ne trouve aucune métastase au niveau du poumon, des plèvres ou du péritoine.

J.M. AUCLAIR adresse à la société de gynécologie et d'obstétrique en 1950, l'observation d'une femme de 52 ans qu'il a vue pour la première fois le 5 Mai 1949 présentant depuis un an un épanchement pleural droit avec baisse de l'état général.

A l'examen il trouve une ascite et une tumeur de la fosse iliaque droite.

Le diagnostic de syndrome de Meigs est posé mais un phtisiologue ayant posé celui de maladie de Fernet-Boulland le 17 Mai 1949, la malade ne peut être opérée qu'après plusieurs inoculations au cobaye négatives en Juin 1949.

A l'intervention :

on assèche une ascite de 3 litres

on fait une résection de l'annexe droite porteuse d'une tumeur régulière de 900 grammes.

on ne trouve pas de métastase

L'ascite est un transudat contenant de rares hématies.

L'anatomie pathologique montre que la tumeur est un épithélioma ovarien très végétant.

Le 13 Janvier 1950, la malade est bonne santé.

Aucun épanchement ne s'est reproduit.

SWYNGHEDAW de Lille rapporte en 1951 le cas d'une jeune fille de 19 ans qui présentait une ascite de moyenne abondance avec épanchement pleural bilatéral. Les épanchements étaient à Rivalta+.

A l'intervention, on retire un kyste végétant de l'ovaire.

Les épanchements rétrocedent complètement mais 2 mois après l'intervention apparaît une métastase dans la paroi abdominale sur le trajet de la ponction d'ascite.

LOUROS d'Athènes moit en décembre 1949, une multipare de 48 ans qui se plaint d'augmentation de volume de l'abdomen, de douleurs, de diarrhée, de dyspnée. On relève dans les antécédents, l'ablation à 40 ans d'un polype du col, et le diagnostic posé à ce moment de fibrome de l'utérus.

La malade est admise en clinique en Juillet 1950 et à l'examen on trouve une ascite et un hydrothorax droit important, les paracentèses pratiquées montrent un liquide jaune citrin donnant une réaction de Rivalta+.

Mais le liquide se reproduit rapidement et l'état de la malade décline. Malgré une fièvre vespérale évoquant une polysérite tuberculeuse, un examen gynécologique fait poser le diagnostic de cancer de l'ovaire et la malade est opérée le 21 Août 1950.

On fait l'ablation d'une tumeur solide de l'ovaire droit du volume d'une tête d'adulte que l'on enlève avec la trompe.

Le liquide abdominal ne se reproduit pas, l'épanchement disparaît complètement le 9ème jour.

La malade subit un traitement de radiothérapie pénétrante et 2 ans après elle est en parfaite santé.

En 1952, JOSE-MARIA FERNANDEZ COIMELRO relate 2 observations d'épithéliomas papillaires de l'ovaire qui se sont précocement accompagnés d'ascite et d'hydrothorax.
- Chez la première malade âgée de 47 ans, c'est au cours d'un examen systématique que l'on découvre en 1949 un épanchement du sinus costo-diaphragmatique droit.

Pendant 2 ans, les ponctions évacuatrices sont de plus en plus fréquentes et le liquide se renouvelle rapidement.

En 1951, un examen gynécologique montre l'existence d'une tumeur de l'ovaire droit.

A l'intervention :

on pratique : l'ablation de la tumeur.

une hystérectomie subtotale avec castration.

Le péritoine pelvien est envahi.

L'examen histologique de la tumeur montre un épithélioma végétant.

L'épanchement pleural et l'ascite se résorbent.

Une possibilité de récédive au niveau du paramètre droit est traitée par roentgenthérapie 500 kW.

Au moment de la publication, la malade est en bon état.

- La 2ème observation remonte à 1937.

Il s'agit d'une malade de 50 ans présentant une ascite à liquide citrin obligeant à des ponctions à répétitions.

A l'examen radiologique, on découvre un épanchement pleural gauche sans métastase pulmonaire visible.

On fait le diagnostic d'épithélioma végétant des ovaires inopérable. La roentgenthérapie de la région pelvienne fait disparaître en un mois l'épanchement pleural.

Mais la malade meurt de l'évolution de son néoplasme.

Enfin ROMAN et COURDERC en 1953 apportent une observation personnelle de "tumeurs malignes de l'ovaire avec épanchements résorbables".

La malade âgée de 42 ans a 2 enfants, est bien réglée, elle présente au début de 1950 une hématurie qu'elle rattache à une chute sur le bassin. Mais peu de temps après apparaît une dyspnée tandis que le ventre augmente de volume.

Fin Mars 1950, on note :

une masse abdominale grosse comme deux poings, à gauche, indépendante de l'utérus.

un hydrothorax droit important et une ascite légère. Du côté de l'appareil urinaire, une urographie n'a rien montré, mais une cystoscopie révèle une tumeur infiltrante et végétante du dôme vésical.

Le diagnostic s'impose d'une tumeur maligne de l'ovaire avec métastase vésicale, mais l'hydrothorax n'est pas considéré comme une contre-indication et l'opération est décidée.

Elle a lieu le 26 Avril 1950 sous anesthésie générale en circuit fermé. Ablation d'une grosse tumeur solide, friable, oedémateuse, développée aux dépens de l'ovaire gauche. Ascite légère citrine. Pas de greffe péritonéale. On complète par une hystérectomie subtotale.

Résection du dôme vésical. Suture à trois plans. Sonde à demeure. Les suites sont très simples. La malade rentre chez elle le 18ème jour, l'hydrothorax ayant complètement disparu. Les champs pulmonaires sont clairs.

Doux mois plus tard à Villejuif la malade subit 40 séances de radiothérapie profonde. Le dernier examen est fait le 3 Juillet 1951, excellent état général et local.

L'examen anatomo-pathologique a montré :

ovaire et vessie : même tumeur vraisemblablement wollgienne, de malignité histologique certaine. Pas de cellules cancéreuses dans le liquide pleural, pas d'hématies.

Nous allons maintenant transcrire les observations de deux malades opérées à l'hôpital Necker dans le service du professeur A. ATELIN et qui mettront en évidence les difficultés de diagnostic que peuvent poser ces malades.

Deux malades, tout à fait comparables par leur tumeur maligne de l'ovaire, leur ascite, leur épanchement pleural ont été observées en même temps; les conditions locales ont permis l'exérèse de la tumeur ovarienne et les suites opératoires ont été essentiellement marquées par la régression, puis la disparition vraiment très rapide de l'épanchement pleural.

OBSERVATION I -

P. Femme de ménage, 51 ans, entre dans le service du Dr Lafitte, le 18 Mai 1954, pour douleurs, fatigue générale, augmentation de volume de l'abdomen, petites métrorragies (ménopause en 1950) tout récemment, oppression thoracique et toux viennent compléter le tableau clinique.

Antécédents : réglée à 14 ans, cycle régulier et court de 21 jours. Une grossesse en 1932, à 9 ans une typhoïde et à 20 ans une atteinte indéterminée du sommet gauche.

Examen : malade amaigrie, fatiguée, fébrile (38°) avec une ascite importante déjà ponctionnée. Une masse sus-pubienne plonge dans le pelvis, peu mobile au toucher vaginal, avec des noyaux durs et des zones rénitentes. Hémithorax droit absolument mat jusqu'à l'épine de l'omoplate avec tous les signes d'un épanchement (radio ponction).

Des examens complémentaires, nous retiendrons le 20 Mai 54 :

I - Liquide pleural séro-fibrineux

40 gr d'albumine par litre
quelques leucocytes
62% poly non altérés
38% lymphocytes
rares hématies
rares cellules et placards endothéliaux
pas de germes.

2 - Liquide d'ascite séro-fibrineux

60 gr d'albumine par litre
84% de poly
76% de lymphocytes
assez nombreuses cellules endothéliales
isolées - rares hématies.

3 - Hémogramme

G.R. = 3.750.000
Hémoglobine : 80% - V.G. = 1
G.B. = 15.400
Poly-neutro : 82%
Petits lympho : 6%
Grands lympho : 2%
Monocytes : 10%

Sédimentation = 1h : 112 m, 2h : 126 m

Thynol : 8 unités V_e rnes

Protides : 78 g/litre

Globuline : 37 $\frac{S}{a} = 1,1$

Lipides : 4 gr.

Cholestérol total : 2,50 gr. } Rapport :
estérifié : 1,55 } 0,62

Urée : 0,25 gr.

B.W. négatif.

Electrophorèse :

1 - Sérum : on note :

une hypoalbuminémie nette
une augmentation nette des α_1 et des α_2
globulines
les β et γ globulines sont peu touchées

2 - Liquide d'ascite :

On retrouve grossièrement le schéma
électrophorétique sanguin avec élévation
assez nette des ; les autres fractions
protidiques sont par contre peu touchées.

Sur frottis au Giemsa et au Papanicolaou, le
liquide d'ascite montre :

Cellules endothéliales : 39%

Poly neutro : 52%

Lympho : 9%

Les cellules endothéliales sont quelquefois
un peu grandes et un peu atypiques mais ne présentent
pas d'anomalies suffisantes pour qu'on puisse les con-
sidérer comme néoplasiques.

Liquide pleural :

Mêmes constatations.

Notons enfin les 17 céstostéroïdes : 5 mgr par 24 h.

11 oxystéroïdes : la pigmentation
de l'urine trouble considérablement le
dosage.

La malade s'affaiblit; on évacue 800 cm³ de
liquide pleural le 5 Juin (qui se reproduit très vite).
750 cm³ de liquide d'ascite le 9 juin.
Les protides du sang sont à 67 gr par litre
Le potassium à 260 mgr.

Enfin le 22 Juin, les frottis vaginaux ne mon-
trent pas d'éléments suspects. (Dr. V. Nuovo).

On décide d'essayer une intervention.

Elle est pratiquée le 24 Juin 1954 par le
Professeur AMELINE.

Ascite très importante malgré ponction récente.

Très grosse tumeur polylobée, mi-liquide, mi-solide, qu'on arrive à libérer en éversant le côlon transverse et 40 cm environ de grêle.

Hystérectomie totale avec drainage vaginal sous péritonisation colo-vésicale correcte au lin.

L'examen macroscopique de la tumeur montre :

1) A droite une très volumineuse tumeur pesant 1060 gr. Sa surface extérieure est irrégulière, bosselée. Elle est dépourvue de végétations. A la coupe, cette tumeur apparaît hétérogène. En effet, elle apparaît tantôt pleine et ferme, ailleurs elle est creusée de multiples cavités contenant un liquide translucide, coagulé sous l'effet des fixateurs. Il n'a été vu aucune zone calcifiée, ni aucun territoire de nécrose.

2) à gauche, une tumeur plus petite, ovalaire, mesurant approximativement 8 cm dans son plus grand diamètre. Sa surface extérieure est lisse et non végétante. A la coupe, elle apparaît pleine et dure et semble contenir en son centre des dépôts calcaires.

3) L'utérus et les trompes sont macroscopiquement normaux.

L'examen histologique montre :

Une tumeur morphologiquement identique sur les 2 ovaires. Elle est formée de végétations épithéliales cylindriques, glanduliformes, montées sur des axes conjonctifs abondamment vascularisés. Tantôt ces végétations limitent des pseudo-cavités renfermant un liquide séreux. Tantôt elles apparaissent très exubérantes et forment une masse épithéliale compacte, dans laquelle le stroma conjonctif semble disparaître. Dans ces territoires peuvent être vues des zones limitées d'une nécrose humorale, qui paraît spontanée. Il n'existe pas de stratification épithéliale, et sur les

différents prélèvements qui ont été examinés, il n'a pas été possible de retrouver de tissu ovarien.

Du point de vue cytologique, les mitoses et les anomalies nucléaires sont peu nombreuses. En outre, aucune embolie néoplasique n'est visible.

Ces caractères histologiques sont ceux d'un épithélioma ovarien que l'on pourrait classer selon les nomenclatures, soit dans les épithéliomas germinatifs (Masson), soit dans les adénocarcinomes papillaires (Willis).

Le pronostic histologique d'une telle tumeur paraît presque impossible. Néanmoins, l'absence de végétations exokystiques constitue un caractère anatomique immédiatement favorable.

Diagnostic approuvé par le Professeur Gauthier-Villars.

Conclusion :

ADENO-CARCINOME PAPILLAIRE BILATERAL DE L'OVAIRE.

Les suites opératoires

ont été banales et sans histoire. Nous en retenons essentiellement l'amélioration extraordinaire de l'état général, l'engraissement de 7 kgs, l'amélioration de la sédimentation :

1 h : 3mm, 2 h : 10 mm, 24 h : 74 mm.

Et surtout l'étonnant nettoyage clinique et radiologique de l'hémithorax droit. Il ne reste rien en quelques semaines de l'abondant épanchement du mois de Juin. En Février 1953, la malade est parfaite du point de vue abdominal et pleural.

OBSERVATION II -

G - 51 ans, femme de ménage, entre le 29 Juin 1954 pour syndrome pleurétique de la base gauche.

Depuis deux mois asthénie, anorexie, amaigrissement de 10 kgs, fébricule à 38° et point de côté de la base gauche qui fait découvrir un épanchement.

A l'entrée l'épanchement atteint l'épine de l'omoplate et radiologiquement il est confirmé :

gros épanchement de la base gauche
cul-de-sac comblé
pas d'image parenchymateuse

La ponction pleurale du 7 Juillet (500 cm³)

donne : liquide séro-fibrineux
 Rivalta +
 Sucre : 0,78%
 Albumine : 33 g °/oo
 Chlorures 4 gr,70 °/oo

Un "météorisme" abdominal n'attire pas l'attention; la sédimentation est accélérée; les autres examens sont normaux (électro-cardiogramme, urée, culot, urinaire) et malgré l'absence d'arguments bactériologiques on pense à une pleurésie bacillaire, cependant qu'on met en oeuvre un traitement de streptomycine, rimifon et P.A.S.

Aucune amélioration n'apparaît; l'épanchement pleural gauche se reproduit avec une rapidité extraordinaire après la ponction, cependant qu'apparaît un discret épanchement pleural droit. L'état général s'altère, le syndrome ascitique devient évident.

Examen du 20 Juillet 1954 :

Le toucher vaginal fait découvrir une masse dure, volumineuse, prédominant à gauche, peu mobile, irrégulière, de laquelle on ne peut dissocier le corps utérin.

Cette masse, d'ailleurs perceptible à la seule palpation abdominale est interprétée comme "tumeur ovarienne maligne probable".

Ponction d'ascite

Liquide clair dont les caractères cyto-cliniques sont analogues à ceux du liquide pleural : (35g. albumine)

Hémogramme : GR = 2.490.000
GB = 10.800

La malade se cachectise; l'intolérance gastrique est absolue; des radios gastriques éliminent un syndrome de Krukenberg; et en fin de compte, on décide un essai d'intervention.

Intervention : Le 4 Août 1951, par J. Huguier :

Médiane sous-ombilicale

A l'ouverture du péritoine, issue d'une ascite abondante (plusieurs litres) non sanglante et avec issue d'une "vésicule gélatiniforme. Tumeur ovarienne bilatérale, de malignité certaine, adhérant aux organes voisins, mais se clivant facilement de la paroi, du rectum et du sigmoïde. Hystérectomie totale facile. Un drain de 30 dans le vagin. Toilette péritonéale et sur la zone déperitonisée une feuille de spongel.

Paroi 3 plans.

Examen histologique :

Il s'agit d'un EPITHELIOMA MASSIF DE L'OVAIRE qui est, comme à l'habitude, truffé de foyers de nécrose. Cet épithélioma a une cytologie relativement irrégulière et une morphologie identique sur les deux côtés. Il est très difficile de lui attribuer une origine soit wolfienne, soit excréto-génitale. Une trompe est atrophique.

Il existe des formations néoplasiques dans le ligament lombo-ovarien.

Les suites opératoires immédiates ont été très simples. En quelques jours, amélioration rapide de l'état général, disparition de troubles digestifs, reprise de l'appétit. Une radiographie du 10 Août soit 6 jours après.

l'intervention montre une disparition à peu près complète des épanchements pleuraux.

La malade quitte le service le 27 Août, sans ascite, sans épanchements pleuraux, avec cependant des culs-de-sac pleuraux radiologiquement comblés.

Les suites éloignées ont été moins favorables et le centre anticancéreux de Caen nous informe qu'elle est décédée cachectique le 29 Décembre avec une reprise des épanchements.

En résumé, nous avons observé 2 malades présentant une tumeur maligne de l'ovaire avec épanchements des séreuses. La malignité était tellement évidente que le diagnostic clinique en fut porté les deux fois et vérifié par l'examen anatomo-pathologique.

Ces malades présentaient toutes les deux des épanchements pleuraux et péritonéaux récidivants augmentant à chaque ponction et que nous pouvons qualifier d'intermittents. Riches en albumine, respectivement 40 et 50 gr par litre, ils avaient tous les caractères d'un exsudat (y compris les données de l'électrophorèse) et non d'un transsudat comme il apparaît habituellement.

Les épanchements disparurent avec l'exérèse de la tumeur ovarienne et les épanchements pleuraux en particulier avec une rapidité extraordinaire.

Ces observations ne sont pas exceptionnelles (Roman en réunissait 13 cas en 1953). Le recul est nettement insuffisant mais actuellement une des opérées va bien et l'autre est décédée certainement de son cancer, mais elles nous semblent mériter quelques réflexions.

Nous nous arrêterons peu au problème très controversé de la pathogénie et de la coexistence des épanchements.

On a évoqué l'irritation mécanique du péritoine, la sécrétion de la tumeur, la réaction d'alarme de Selye.

Scherk et Eis mettent en cause la compression de la circulation lymphatique, Dockerly et Masson la torsion du pédicule de la tumeur.

Cachera et Darnis en 1948 proposent de considérer "l'action hydratante des stéroïdes sexuels". Chez

une de nos malades, les investigations n'ont pas montré de perturbations importantes. Et pourquoi d'autres séreuses comme le péricarde ne seraient-elles pas le siège d'épanchements? On comprend mal également que le fibrome et le goître ovarien, le simple fibrome de l'utérus puissent perturber aussi les stéroïds sexuels.

Meigs en 1941 démontre sur 2 malades opérées pour syndrome de Demons-Meigs, le passage de particules du liquide abdominal dans le liquide pleural par les lymphatiques du diaphragme.

Tout récemment, Cowan a injecté de l'or colloïdal (Au 198) dans le liquide d'ascite et l'a retrouvé en partie dans l'hydrothorax. A l'inverse, l'or pleural s'est retrouvé péritonéal.

Se pose également un problème d'ordre nosologique. Le syndrome de Meigs tel que l'ont brossé bien avant lui Demons, de Rouville, Ignace Houreau pour ne citer que quelques Français concernait un fibrome de l'ovaire, s'accompagnant d'épanchements intarissables de la plèvre et du péritoine guéris par ovariectomie. Mais il s'est étendu depuis aux autres tumeurs bénignes de l'ovaire, comme s'est attaché à le répandre le Professeur Funck-Brentano.

Nous citerons alors ces termes de Roman : "En réalité, le jour où le syndrome a cessé de se limiter au fibrome de l'ovaire, c'est-à-dire le jour où il a cessé d'être une affection pour devenir un syndrome, il avait déjà englobé en fait les tumeurs malignes".

Peut-être l'expression "Syndrome de Meigs par tumeur bénigne ou maligne de l'ovaire" correspondrait-elle à la réalité des faits. Et d'ailleurs cette malignité ne pourra souvent être affirmée qu'après l'acte opératoire.

En effet, le problème essentiel reste le diagnostic difficile que posent ces malades.

Bien rares sont celles venues consulter dans des consultations spécialisées pour des troubles gynécologiques.

Le plus grand nombre semble avoir été inquiétées par un "gonflement" de leur abdomen et l'examen fait découvrir une ascite souvent assez abondante pour masquer la tumeur ovarienne.

Parfois la toux, la dyspnée font porter un diagnostic de syndrome pleurétique qui, si l'ascite n'existe pas encore ou est trop discrète pour être encore diagnostiquée, risque fort de déclencher une thérapeutique fort peu appropriée à l'étiologie de l'épanchement.

Ce peut également être un examen systématique qui, en l'absence d'inquiétude de la part de la malade, dévoile un épanchement.

Mais même si la malade a le bonheur d'être examinée avec ascite et hydrothorax évidents, il faut bien avouer que des étiologies très courantes viennent immédiatement à l'esprit pour peu que les antécédents de la malade l'exposent à une cardiopathie décompensée, à une cirrhose, à une maladie de Fernet-Boulland.

Nous devons au Professeur Funck-Brentano d'avoir montré que l'association tumeur de l'ovaire et épanchement des sérauses était rare, mais non exceptionnelle.

C'est généralement après une ponction large d'ascite devenue indispensable qu'un examen gynécologique découvre la tumeur ovarienne.

Est-elle bénigne ou maligne? Cliniquement, il serait vain de vouloir l'affirmer (en fait de tumeurs de l'ovaire, d'ailleurs, le microscope lui-même laisse souvent un doute, si indécise étant la limite de la bénignité et de la malignité).

L'examen des liquides ponctionnés est indispensable. Tout doit être mis en oeuvre pour prouver que ces épanchements ne sont pas métastatiques. Le dosage d'albumine, la cytologie, l'électrophorèse apporteront plus que des présomptions.

L'hydrothorax largement ponctionné permettra d'éliminer radiologiquement une métastase pulmonaire.

L'intervention est alors un devoir, les ponctions répétées amenant la malade à la cachexie et à une fin lamentable.

Elle peut nous réserver l'heureuse surprise d'une tumeur bénigne et le Professeur Funck-Brentano a montré que si les premières observations et notamment celles de Demons et Meigs concernaient des fibromes de l'ovaire, on pouvait également voir des kystes ovariens, des kystes mucoïdes, des tumeurs thécales. Il souligne dans ces cas l'action radicale de la castration qui transforme le pronostic.

Les tumeurs malignes avec épanchements non métastatiques ont été plus rares jusqu'à présent, mais notre objet est seulement de montrer que dans ces cas où le pronostic est désespéré en l'absence d'intervention, le geste chirurgical rend service à quelques malades suivant l'expression du Professeur AMELINE.

Les tumeurs malignes de l'ovaire sont très diverses et leur classification n'est pas univoque, mais la transition avec les tumeurs bénignes n'est pas brusque. Certains cancers de l'ovaire opérés à temps dans leur totalité ont laissé une longue survie.

Notre première observation manque évidemment de recul mais l'examen histologique laisse à penser que cette tumeur maligne l'était moins que d'autres. La malade vit depuis 19 mois sans reprise de ces épanchements désespérément récidivants jusqu'à l'intervention.

La malade de Roman qui présentait pourtant une atteinte vésicale est guérie depuis plus de 2 ans, celle de Leuros également.

Même si en définitive le nombre de malades seulement soulagées quelques mois s'avère plus grand que celui des malades radicalement guéries, ces quelques cas justifient l'ovariectomie chez toutes les femmes présentant des tumeurs de l'ovaire avec épanchements, sans préjuger de la nature de ces tumeurs, si les épanchements ne sont pas métastatiques, ce qui serait la seule contre-indication.

Vu : Le Président de Thèse
Professeur FUNCK-BRENTANO

Vu : Le Doyen de la
Faculté de Médecine de Paris
L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

- AUCLAIR J.M. - Bulletin de l'Association de GYN et OBST.
Séance du 6.XI.50 - A propos du S. de Meigs
- BERTSFORD OD.- Syndrome de Meigs - Lancet - 2. 11.50
- CACHERA et DARNIS - Extension du syndrome de Meigs.
Semaine des Hôpitaux n° 29 - 14 Avril 48
- CALMENSEN M. - DOCKERTY MB et BIANCO SS : Association
de certaines tumeurs pelviennes avec une
ascite et un hydrothorax. Surg. Gyn. et Obst.
84 - 181 - 1947.
- DICK H.T. - SPIRE L.J. et WORBOYS OS. - Association du
syndrome de Weigs et des tumeurs de Krükenberg
New-York J. Med. 50- 1892 - 1950
- EICHNER E. et BOVE E.R. - Etudes in vivo du drainage
lymphatique de l'ovaire - OBST. et GYN.
III - 3. 287 - 1954
- FAWCETT D.M. - Une méthode pour concentrer les cellules
malignes des liquides hémorragiques de la
plèvre et du péritoine - 111 - 34 - 1950
Science.
- FERNANDEZ COLMEIRO JM - L'Epithélioma papillaire de
l'ovaire peut reproduire le tableau
clinique du syndrome de Demons-Meigs -
Presse Médicale 60 - 737 - 1952
- FLABEAU-HARTMANN - FERBOS - Syndrome de Meigs avec
épanchement hémorragique P.M. 25 Avr.1950
- FUNCK-BRENTANO - La place du syndrome de Meigs dans
la nosologie des tumeurs de l'ovaire :
C.R. Soc. fr. de Gyn. et d'Obst. 47 n° 2 -
178 - 1948
- FUNCK-BRETANO - Limitation et extension du syndrome de
Demons-Meigs - Presse Médicale 57 n° 25 -
341 - 1949
- FREED J. et PANDERGRASS E.P. Diagnostic et traitement
de l'épithélioma primitif de l'ovaire avec
une note spéciale pour la radiothérapie.
Cancer Reseach 8 - 361 - 1948
- LANGERON L. - Fibrome - Ascite et Hydrothorax.
Soc. Med. Anat.clinique de Lille -
Séance du 30 Juin 1954
- LOUROS NG - Gyn et Obst. Fibrosarcome de l'ovaire -
1952 p 479
- MEIGS J.V. - Tumeurs pelviennes autres que le fibrome de
l'ovaire avec ascite et hydrothorax Obst.
et Gyn. III - 5 - 471 - 1954 -
- MACKENZIE L. et MECHT - Appui de l'histologie dans le
diagnostic des tumeurs de l'ovaire -
New-York - Stade J. Med. - 50 - 465 - 1950.

- NASH N.G. - Hydrothorax unilatéral consécutif à des affections sous-diaphragmatiques - Lancet 1 - 378 - 1949 -
- PEARSE W.H. et BERHMAN S.J. - Carcinome de l'ovaire Obst. et gyn. III - I - 32 - 1954.
- RESINELLI C - Signification clinique de l'épanchement pleural dans les tumeurs de l'ovaire. Ann. Gyn et Obst. 19 - 721 - 1897
- ROMAN et COUDERC - Les tumeurs malignes de l'ovaire avec épanchements séreux résorbables Gyn et Obst. Tome 52 - n° 1 - 1953 - p. 84
- ROUFFART MARIN J. Le syndrome de Heiss peut être du à la présence de tumeurs malignes de l'ovaire. Hydrothorax et ascite ne sont pas en ce cas des contre-indications opératoires - Bruxelles Med. 4 - III - 474 - 1951
- SWINGHEDAW - LEGRAND - DELECOU - A propos du syndrome de Meigs - Soc. Obst. et gyn. de LILLE - 25 Avril 1951
- WAY S. - Une variante de syndrome de Meigs. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 55 - 509 - 1948 -
-

